Le Numéro : 15 CENTIMES — Numéro Supplémentaire. — 6 Février 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE, par le Dr Helme 41
FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DE LA GRIPPE, par le Dr Plicque 43
SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES : Société anatomique. Société française de dermatologie et syphiligraphie. Société médico-chirurgicale. Société de thérapeutique. Sociétés de la province. 45
SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES. . . . XVIII

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉS ANGLAISES

Le traitement des affections respiratoires par les injections médicamenteuses intralaryngées a fait l'objet d'une intéressante communication de **Colin Campbell** à la *Royal medical and chirurgical Society*, séance du 27 novembre 1894. Le but de l'auteur a été de démontrer, après Rosenberg et d'autres, que les injections intralaryngées sont d'une pratique utile et raisonnée, et ensuite que cette méthode thérapeutique ne doit pas se borner au traitement des accidents tuberculeux, mais s'étendre à d'autres affections pulmonaires et s'adresser même aux hémoptysies. Après avoir énuméré tous les médicaments préconisés pour les injections intratrachéales, l'auteur donne l'exposé de sa pratique personnelle : il emploie de préférence le menthol en dissolution dans la glycérine, tout en ayant parfois recours à d'autres antiseptiques. Contre l'hémoptysie, il s'est servi d'une solution de térébenthine dans l'huile d'olive, Les injections sont faites rapidement, au moment de l'inspiration. L'auteur a employé son traitement dans 10 cas de phthisie pulmonaire, avec une guérison et quatre améliorations; dans un cas d'abcès du poumon qui a guéri; dans quatre cas d'asthme dont trois ont guéri; dans trois cas de bronchite chronique dont deux ont guéri et l'autre s'est amélioré; dans trois cas d'hémoptysies qui ont cédé immédiatement. Le nombre des injections a été des plus variables ; dans un cas de phthisie, il a atteint 1,450 pour une période de 480 jours. Les hémoptysies ont cédé après 3 ou 4 injections. L'auteur recommande de pratiquer rapidement l'injection et de faire dépasser à l'extrémité de la seringue l'orifice glottique, pour éviter toute irritation laryngée. Enfin, après l'injection, on fera coucher le malade sur le côté affecté, pour que le liquide médicamenteux vienne au contact des parties malades.

Théodore Williams n'est guère partisan des injections intratrachéales qu'il n'a d'ailleurs jamais employées, les pulvérisations et les inhalations médicamenteuses ne lui ayant donné aucun succès. Les injections intratrachéales ne lui paraissent pas difficiles, mais il doute que l'on puisse appliquer l'agent modificateur sur les points atteints. Il a pratiqué des injections intrathoraciques dont le résultat le plus net a été de déterminer chez les malades une douleur et des accès de toux tels que le traitement dut être interrompu. Il termine en disant que le spray térébenthiné lui a donné de bons résultats dans le traitement des hémoptysies.

Fowler est partisan, comme Colin Campbell, des injections intratrachéales dont il a quelque pratique. Le manuel opératoire en est simple, et il suffit, pour éviter des accès de toux, de franchir la glotte avec l'extrémité de la seringne. La solution qu'il emploie est celle de Rosenberg et de Grainger Stewart : gaïacol 2 grammes, menthol 10 grammes, huile d'olive 88 grammes. Dans trois cas, il a obtenu un succès remarquable. Le premier a trait à une femme de 33 ans, atteinte de syphilis pulmonaire et en proie à une expectoration fétide très abondante ; à la suite des injections, la fétidité disparut et l'expectoration diminua fortement. Le second cas est celui d'un enfant de 19 ans qui avait, à la base du poumon gauche, une caverne dont la cause était une gangrène post-pneumonique survenue deux ans auparavant : il y avait une expectoration abondante et fétide. Le résultat obtenu est analogue au précédent. Enfin, le troisième malade est un garçon de 17 ans atteint de catarrhe bronchique avec expectoration abondante et fétide et qui fut également amélioré par le traitement. Sans vouloir donner de conclusions définitives, Fowler pense que cette méthode thérapeutique est à essayer.

C'est aussi l'avis de **Mitchell Bruce** qui a obtenu, dans les mêmes conditions, deux bons résultats, c'est-à-dire : disparition de la fétidité et diminution de l'abondance de l'expectoration.

* * *

L'influence de l'hérédité dans la phthisie sera longtemps encore l'objet de discussions : on tend cependant à ne plus admettre qu'une prédisposition morbide transmise des parents aux enfants, et c'est dans ce sens que plaide une statistique de 1.000 cas, dressée par **J.-E. Squire** qu'il vient de publier à la *Royal medical and chirurgical Society* (séance du 11 décembre 1894). Pour cet auteur, la fréquence de la prédominance de la phthisie, que l'on observe si souvent dans la même famille, tient surtout aux conditions vitales et matérielles. Il n'y a pas d'hérédité à proprement parler, mais transmission de prédispositions. Sur 10.000 phthisiques, l'auteur relève des antécédents héréditaires chez 325, ce qui fait une proportion de 32,5 pour 100 d'hérédité apparente. Sur ces 1.000 mêmes malades, 604 étaient des hommes et donnaient une hérédité apparente de 28,97 pour 100; 396 étaient des femmes et avaient une hérédite apparente de 37,87 pour 100. En outre, dans 474 familles, le pourcentage a été fait pour établir la différence qui existe entre les familles des phthisiques et celles des non phthisiques, au point de vue de la fréquence de la phthisie. Cette statistique montre que la proportion de la tuberculose chez les enfants de tuberculeux n'est que de 9 pour 100 supérieure à celle que l'on rencontre dans les familles où il n'y a pas d'antécédents tuberculeux. En voici d'ailleurs le détail : 275 familles dont les pères et les mères n'étaient pas phthisiques ont eu 1.745 enfants, dont 193 sont morts en bas âge (soit 11,06 pour 100) et 386 sont devenus phthisiques (soit 24,87 pour 100). 84 familles avec pères phthisiques ont eu 511 enfants, dont 67 sont morts en bas âge (soit 13,11 pour 100) et 138 sont devenus phthisiques (soit 31,80 pour 100). 82 familles avec mère phthisique ont eu 506 enfants, dont 56 sont morts en bas âge (soit 11,05 pour 100) et 155 dont devenus phthisiques (soit 34,40 pour 100). Enfin 33 familles avec père et mère phthisiques ont eu 105 enfants dont 18 sont morts en bas âge (soit 10,90 pour 100) et 58 sont devenus phthisiques (soit 39,45 pour 100). Prises en bloc, les familles phthisiques ont eu 1.182 enfants dont 141 sont morts en bas âge (soit 11,92 pour 100) et 351 sont devenus phthisiques (soit 33,71 pour 100).

Jonathan Hutchinson, tout en reconnaissant l'importance de cette statistique, fait remarquer combien il est difficile d'établir d'une manière certaine l'existence de la phthisie dans des familles. Les erreurs d'interprétation sont fréquentes : souvent de véritables accidents tuberculeux sont mis sur le compte de l'asthme, de la bronchite simple ; parfois même la tuberculose n'est pas suspectée. Les statistiques de lupus dressées par l'auteur l'ont amené d'ailleurs à cette conclusion généralement acceptée, que les antécédents tuberculeux prédisposaient à la tuberculose. Mais il pense aussi que l'hérédité vraie existe et que la transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus est possible. Enfin, il attire l'attention sur les longues périodes pendant lesquelles la tuberculose peut rester à l'état latent, dans certaines tuberculoses cutanées. C'est ainsi que deux femmes, qui avaient présenté à l'âge de 17 ans, un lupus du nez et en avaient guéri, furent reprises de leur ancien mal à 60 ans. Les bacilles tuberculeux étaient restés endormis quelque quarante ans.

Sedgwick rappelle l'influence bien connue du sexe dans la transmission des affections héréditaires. Ainsi, d'après les relevés de Brompton Hospital, la tuberculose du père se transmet aux fils dans la proportion de 59 pour 100 et aux filles seulement dans celle de 43 pour 100. Il en est de même pour la tuberculose de la mère. Enfin, l'auteur attire l'attention sur ce fait, montré par Greenhow, que la venue d'éléments asthmatiques dans une famille augmente la facilité de la transmission de la phthisie.

Pollock, s'appuyant sur son expérience de quarante années de pratique, croit que l'hérédité est le plus important facteur dans le développement de la tuberculose. De même que le cancer, la folie, la goutte, le rhumatisme, la tuberculose se transmet des parents aux enfants. Les statistiques des compagnies d'assurances américaines prouvent l'hérédité de la phthisie. Et non seulement la phthisie se transmet, mais encore ses formes, fibreuse et ulcéreuse ; c'est ainsi que l'on voit parfois les membres d'une même famille mourir au même âge de la même manière. Si le père et la mère sont phthisiques, les enfants mourront non seulement plus jeunes que leurs parents, mais aussi d'une forme plus aiguë de tuberculose.

* * *

Parmi les nombreuses communications d'ordre chirurgical faites en ces derniers temps, mentionnons tout d'abord celle de **John Malcolm** à la *Royal medical and chirurgical Society* (séance du 8 janvier 1895), sur quelques **causes de mort après l'ovariotomie**. Cet auteur relate ses insuccès. Le premier a trait à un kyste dermoïde ouvert dans l'intestin. Lors de l'intervention, une portion de la tumeur adhérente à l'anse sigmoïde ne put être extirpée et fut fixée à la paroi au moyen d'un orifice créé spécialement dans l'aine gauche. Des symptômes d'obstruction commencèrent le troisième jour et la région de l'aine s'enflamma. La mort survint le sixième jour. A l'autopsie, on ne trouva pas de signes de péritonite ; il existait, en revanche, une obstruction à droite due à des adhérences unissant le petit intestin au pédi-

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

POUDRE LAXATIVE de VICHY : *Constipation.*
Phosphatine FALIÈRES : Alimentation des enfants.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

cule ovarien. Du côté gauche, il y avait de la suppuration tout autour de la plaie de l'aine, suppuration limitée par des adhérences péritonéales. Le deuxième cas est celui d'une tumeur papillaire rompue dans la cavité abdominale. A la suite de la laparotomie, au cours de laquelle la tumeur fut extirpée complètement, des symptômes d'obstruction partielle commencèrent le neuvième jour et augmentèrent graduellement. Le trente-quatrième jour, on essaya de lever l'obstacle ; l'obstruction était due à des adhérences situées au niveau de l'S iliaque, qui était fort dilatée. Au delà de la ligature, le pédicule était mortifié, mais il n'y avait pas de suppuration dans la cavité péritonéale. Le malade mourut quatorze heures après la seconde intervention et on ne trouva pas de récidive de la tumeur après la mort. La mort fut attribuée plutôt à l'état de l'S iliaque qu'à la mortification du pédicule. La troisième observation se rapporte à une tumeur maligne solide de l'ovaire, occupant le petit bassin et la cavité abdominale, adhérente de toutes parts et qui fut prise pour un kyste par tous ceux qui pratiquèrent l'examen clinique. L'opération resta inachevée et la mort survint par shock. Deux cas de kystes de l'ovaire et un de fibrome utérin succombèrent au douzième jour d'embolie provenant d'un caillot formé dans la veine iliaque. Une malade âgée de soixante ans, qui avait subi une laparotomie pour ablation d'un kyste colloïde de l'ovaire, succomba le sixième jour et une autre succomba de shock après une opération laborieuse. L'auteur n'a pas eu de mort par hémorrhagie ou par septicémie aiguë.

Il termine par les conclusions suivantes : 1° Il peut être impossible de faire un diagnostic exact entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne, et il arrive au chirurgien de ne pouvoir extirper complètement une tumeur bénigne. 2° La septicémie est la complication la plus commune de la chirurgie abdominale; dans les cas simples, elle peut être évitée grâce à une bonne technique et à l'antisepsie; dans les cas difficiles, il peut être malaisé et même impossible de s'y soustraire. 3° Les troubles fonctionnels et mécaniques de l'intestin sont les accidents particulièrement fréquents de la chirurgie abdominale.

Alban Doran, de son côté, divise les causes de mort en évitables et en inévitables. Aux premières appartiennent l'hémorrhagie due au glissement d'un fil de ligature, et l'infection, soit due à la rupture d'une tumeur ou d'une poche septique au cours de l'intervention, soit apportée par le chirurgien; quant à l'hémorrhagie en nappe, elle n'est pas tant dangereuse par elle-même que parce qu'elle fournit un milieu favorable aux éléments infectieux. Parmi les causes non évitables de mort, doivent se ranger les bronchites, qui surviennent fréquemment chez les vieilles femmes et sont peut-être occasionnées par les anesthésiques ; et l'impossibilité qu'il y a parfois à enlever certaines tumeurs malignes ou même quelques kystes dermoïdes.

Handfield Jones demande s'il ne faudrait pas tenir grand compte de l'état du cœur. Chez une malade délicate, il enleva une tumeur solide de l'ovaire ; il s'ensuivit une pneumonie droite, puis une obstruction intestinale nécessitant une laparotomie secondaire le vingt et unième jour; la malade guérit néanmoins. Mais la mort survint chez deux autres opérées dont l'une était une femme de trente ans, très affaiblie et porteuse d'une tumeur solide de l'ovaire avec ascite et dont l'autre relevait d'une attaque d'influenza.

* * *

De cette discussion sur les causes de la mortalité post-opératoire, se rapproche beaucoup la suivante, sur la **péritonite, sa nature et son traitement**, qui eut lieu à l'*Obstetrical Society of London* (séance du 2 janvier 1895). **John Shaw** rapporte l'histoire de deux cas de péritonite, l'un indubitablement d'origine septique, l'autre présentant les symptômes d'obstruction intestinale après laparotomie. Dans le premier cas, la mort semble avoir été hâtée, dit l'auteur, par l'administration de l'opium, qui a sans doute arrêté l'élimination des poisons et, dans le second cas, il est fort à présumer que la mort est due à l'absorption de poisons au niveau de la muqueuse gastrique. Se basant sur la nature toxique des accidents, John Shaw propose, pour tous les cas de ce genre, la règle de conduite suivante : limiter, autant que possible, la formation des toxines, en favoriser l'élimination rapide et, d'autre part, soutenir les forces du malade. Pour arriver à ce triple but, il recommande l'application de compresses antiseptiques chaudes sur l'abdomen, le drainage de la cavité péritonéale dans les cas graves, les évacuants et les antiseptiques intestinaux, le lavage de l'estomac, les injections hypodermiques de strychnine et de digitaline et les inhalations d'oxygène.

Peter Horrocks ne croit pas qu'il faille assimiler la péritonite à la toxémie. Les cas de péritonite varient beaucoup entre eux et les différences tiennent à la cause de l'inflammation. La bactériologie a montré que certains microbes provoquent une inflammation d'intensité moyenne et certains autres des accidents d'infection aiguë. Shaw pense que la mort est survenue dans un de ses cas par résorption de poisons au niveau de la muqueuse gastro-intestinale; Horrocks, au contraire, croit plutôt qu'elle est le résultat de troubles nerveux du côté du plexus solaire. Le premier rejette l'opium dans la péritonite, le second pense que les opiacés peuvent rendre de grands services dans certaines formes de péritonite dite traumatique, et il ne croit pas aux assertions de Lawson Tait qui prétend obtenir, dans les cas de péritonite, la mort ou la guérison suivant que l'intestin fonctionne ou non.

* * *

L'extirpation de l'utérus par la voie vaginale ne paraît pas être de pratique aussi courante en Angleterre que chez nous, ainsi qu'il résulte de la discussion suivante survenue à la suite d'une communication de **Levers** à l'*Obstetrical Society of London* (séance du 5 décembre 1894), sur l'**hystérectomie vaginale pour carcinome primitif du corps utérin**. L'auteur a pratiqué six fois cette opération et a eu six guérisons opératoires. La première intervention remonte à mars 1886 et la récidive a reparu l'année suivante; la seconde date de 1889, la troisième de 1892 et les trois autres de 1893. Deux de ces dernières n'avaient pas de récidive un an après; une autre est restée guérie, puis a été perdue de vue. L'opérée de 1892 est encore en excellent état et celle de 1889 n'avait pas de récidive en 1893, lorsqu'elle fut revue pour la dernière fois. Pour ce qui est du manuel opératoire, l'auteur recommande les pinces, de préférence aux ligatures qu'il n'a employées que dans le premier des cas.

Peter Horrocks déclare avoir toujours employé les ligatures jusqu'ici, mais il est prêt à essayer les pinces. Pour certain cas d'utérus volumineux, il propose d'ouvrir l'abdomen, de placer un serre-nœud sur le corps utérin et d'enlever toute la portion située au-dessus, puis de refermer le ventre et d'extirper par le vagin, le col et le serre-nœud. Cette pratique nous étonne et ne se comprendrait pas si le morcellement n'était sans doute encore peu connu au delà de la Manche, tout au moins par quelques chirurgiens.

Amand Routh reproche aux pinces dont il s'est servi au début de ses hystérectomies vaginales de donner des escharres, de causer de la fièvre post-opératoire et d'augmenter la durée de la convalescence.

Herman dit que l'emploi des ligatures permet l'ablation des annexes, point capital pour ce chirurgien et il est à remarquer que personne ne vient avancer que cette ablation est tout aussi facile, sinon plus, avec les pinces qu'avec les ligatures.

Relativement à la gravité du cancer du corps de l'utérus, **Alban Doran** soutient, en s'appuyant sur les statistiques de Lewers et de Kaltenbach, que l'hystérectomie vaginale pour cancer est très justiciable et que le cancer de l'utérus est moins malin que le cancer du sein. **Herman** admet également que l'ablation du cancer de l'utérus donne souvent une prolongation de vie. Une des meilleurs raisons à fournir pour expliquer que l'extirpation des cancers utérins donne de meilleurs résultats que celle des autres cancers, c'est que les ganglions sont plus rarement pris dans les premiers.

SOCIÉTÉS ALLEMANDES

Simple coïncidence ou non, mais nous avons eu, en Allemagne, ce mois-ci, une série de communications se rapportant au même sujet : les complications de la blennorrhagie.

Voici, pour commencer, la communication de **Litten** à la *Société de médecine interne de Berlin* (séances du mois de décembre) sur la **péliose gonorrhéique**. Tout d'abord qu'est-ce que la péliose, la péliose rhumatismale de Schœnlein? Elle est caractérisée, en premier lieu, nous dit Litten, par des ecchymoses qui, d'après Schoenlein, ne seraient jamais confluentes ; en outre, les malades atteints de péliose souffrent ou ont souffert antérieurement de douleurs rhumatismales; enfin, il existe, au niveau des parties atteintes, une tuméfaction œdémateuse, douloureuse au toucher. Les taches caractéristiques de la péliose se présentent de prime abord aux extrémités, surtout aux extrémités inférieures, mais sans dépasser les genoux; elles ont les dimensions d'un grain de millet et offrent une coloration rouge clair. Leur éruption a lieu par poussées; chaque variation de la température peut en déterminer de nouvelles. Ces éruptions s'accompagnent d'une élévation de la température. En somme purpura vulgaire ne dépassant les genoux chez des rhumatisants. Eh bien, Litten montre qu'il y a des cas dont l'évolution est parfaitement identique à celle de la péliose de Schœnlein, mais qui en diffèrent par l'étiologie, c'est-à-dire qui dépendent d'une blennorrhagie. Il vient d'observer trois cas de ce genre. Les malades avaient contracté une blennorrhagie; peu de temps après, on observa une tuméfaction douloureuse des articulations des genoux et des articulations métatarso-phalangiennes; en même temps, il survint des poussées de pétéchies sur les membres inférieurs, mais qui ne dépassèrent pas les genoux. En somme, on avait le tableau de la péliose de Schœnlein, et cependant tous ces accidents étaient indubitablement liés à la blennorrhagie.

C'est aussi l'avis de **Lewin**, pour lequel la péliose rhumatismale de Schoenlein n'est qu'une des différentes formes de la diathèse hémorrhagique. Personnellement, il n'a pas observé de péliose ou de purpura blennorrhagiques, mais en revanche plusieurs cas d'érythème polymorphe indubitablement lié à la blennorrhagie, ce qui reviendrait au même. Lewin soutient notamment — et c'est une notion qui, tous les jours, gagne du terrain — que la diathèse hémorrhagique est une manifestation de l'intoxication de l'organisme, soit par un poison minéral (arsenic, phosphore, mercure) ou végétal (copahu) ou alimentaire, soit par une toxine formée par les agents des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, etc.). Ce qui rapproche toutes ces hémorrhagies de provenance et d'origine variables, c'est que le mécanisme anatomique est le même dans tous les cas, à savoir la dégénérescence des parois des capillaires.

Ceci pour le purpura, l'érythème, l'hémorrhagie. Dans deux autres cas observés par **Litten**, la blennorrhagie fut compliquée d'**endocardite**. Cette endocardite a présenté, dans les deux cas, les allures d'une endocardite rhumatismale d'intensité moyenne. D'après Litten, l'endocardite blennorrhagique peut revêtir deux formes : une légère, la plus fréquente, que l'on observe chez les gonorrhéiques et les rhumatisants; l'autre grave, septique, caractérisée par un processus ulcératif rapide des valvules du cœur, différent de la précédente par l'envahissement fréquent du cœur droit et la formation des métastases purulentes et gangréneuses. L'endocardite septique des gonorrhéiques dériverait le plus souvent des suppurations péri-uréthrales et prostatiques et peut être comparée à l'endocardite des puerpérales.

La troisième complication de la blennorrhagie que notent Litten et Lewin, dans plusieurs cas qu'ils ont eu l'occasion d'observer, est la chorée. Ainsi le purpura, l'endocardite, la chorée peuvent à un moment donné venir aggraver la blennorrhagie.

Mais, la série des complications n'est pas complète et il faut encore signaler les **abcès de la prostate**, que Routier a étudiés dans une leçon clinique faite récemment à l'hôpital Necker et dont **Casper** vient de résumer en grands traits la clinique, dans une communication faite à la *Société Hufelandienne de Berlin*. La communication de Casper, basée sur 30 cas personnels, mérite d'être analysée en détail.

Sur les 30 cas observés par Casper, il s'agissait 25 fois d'infection gonorrhéique et 4 fois d'infection survenue après le cathétérisme; dans un cas, l'étiologie de la suppuration n'a pu être élucidée. Dans les 25 cas où l'origine blennorrhagique de l'abcès était certaine, le pus ne renfermait pourtant qu'une seule fois des diplocoques ressemblant à des gonocoques; dans les autres cas, on a trouvé des staphylocoques et des micrococques variés.

Le tableau clinique est, d'après Casper, toujours assez net pour éviter toute confusion; et pourtant le diagnostic est resté souvent en défaut. On trouve toujours de la dysurie et des difficultés de défécation, plus tard du ténesme vésical et rectal avec rétention d'urine et constipation opiniâtre. Le cathétérisme est facile, car la sonde déprime assez facilement la saillie que la tumeur forme dans l'urèthre. Le toucher rectal fait sentir une une tumeur fluctuante. L'ensemble de ces signes permet donc de faire le diagnostic d'abcès. Mais ce qui était plus difficile, c'est de dire s'il s'agit d'un abcès de la prostate ou d'une prostatite suppurée avec foyers multiples dans la glande. La température est la même dans les deux cas; les frissons existent également dans les deux cas, bien qu'il y ait des cas où la fièvre fasse entièrement défaut. D'une façon générale, le diagnostic peut être assis définitivement par la ponction exploratrice qui, en somme, est anodine; du moins, dans 12 cas où elle a été faite, il n'y eut pas trace de complications. Cette ponction doit être faite par le rectum.

Le diagnostic différentiel entre l'abcès de la prostate, la péri-prostatite phlegmoneuse et la phlébite para-prostatique, est plus difficile. Les symptômes subjectifs donnent sous ce rapport peu d'indications, de sorte qu'on est amené à s'en remettre aux renseignements fournis par le toucher rectal. Dans l'abcès de la prostate on sent, au toucher rectal, une tumeur ronde, nettement délimitée, lisse, fluctuante, avec la paroi du rectum glissant sur la tumeur; dans le phlegmon périprostatique où la suppuration a dépassé la capsule, la tuméfaction est diffuse, semble se trouver sous le doigt et faire corps avec le rectum. La phlébite para-prostatique enfin, est extrêmement rare et s'accompagne de phénomènes pyohémiques graves et d'une température dépassant 40 degrés ; au toucher, les veines se présentent quelquefois sous forme de cordes nettement senties par le doigt introduit dans le rectum.

Malgré la mortalité assez élevée que fournissent les abcès de la prostate, tous les malades de Casper ont guéri, parce que, dit Casper, dans tous ces cas, le diagnostic a été fait de bonne heure et l'abcès traité d'une façon convenable. En effet, la mortalité élevée des abcès de la prostate tient à ce que l'affection est souvent méconnue et donne lieu, dans ces conditions, à des complications graves, telles que les suppurations péri-vésicales avec péritonite septique, la suppuration du tissu cellulaire du bassin, la phlébite para-prostatique, etc., ou bien encore aboutit à la destruction complète de la glande, avec perte de sécrétion et stérilité consécutive par défaut de liquide prostatique.

Le traitement comprend naturellement l'évacuation de la collection. L'ouverture doit, d'après Casper, être faite soit par le rectum où l'abcès bombe dans l'énorme majorité des cas, soit par le périnée si la collection fait saillie de ce côté. Il existe pourtant des cas où la guérison survient spontanément, après la mort des microbes et la résorption du pus. C'est ainsi que, dans un cas où le diagnostic d'abcès fut confirmé par la ponction exploratrice, le malade refusa l'intervention et guérit sponta-

nément, sans que la collection se fût ouverte au dehors.

L'ouverture de l'abcès par le rectum ne présente, d'après Casper, aucun inconvénient. En purgeant le malade et en débarrassant le rectum par un lavement avant l'opération, on peut ouvrir la collection sans crainte de voir la plaie souillée par des matières fécales. En mettant un tampon de gaze iodoformée au-dessus de la plaie et en constipant le malade par l'opium, on le met à l'abri de l'infection pendant les premiers jours qui suivent l'opération. On procède de même pour les phlegmons périprostatiques, dont la guérison est un peu plus longue à obtenir. Quant au traitement de la phlébite para-prostatique, il est purement symptomatique et se confond avec celui de toutes les pyohémies. Sous ce rapport, le but du médecin consiste à éviter la phlébite, en traitant convenablement la suppuration de la prostate.

Complétons cette étude par un phénomène sur lequel Routier a attiré l'attention d'une façon toute particulière : c'est la disparition de la collection sous le chloroforme. Au toucher, on a bien constaté l'existence, en un point, d'une tumeur fluctuante. Le malade est endormi, on introduit le doigt dans le rectum : plus de tumeur. Routier explique ces phénomènes par le relâchement, sous le chloroforme, des muscles qui faisaient saillir la collection.

La dernière complication de la blennorrhagie dont il nous reste à parler est la **gangrène gonorrhéique du testicule** que **Karewski** a signalée à la *Société dermatologique de Berlin*.

Ricord connaissait cette gangrène, qui dans des cas tout à fait rares vient compliquer l'orchite et l'épididymite blennorrhagiques. Karewski a récemment observé 2 cas de ce genre, où les malades sont entrés à l'hôpital avec le syndrome classique du collapsus péritonitique. L'examen attentif des malades permit pourtant de faire le diagnostic d'abcès du testicule, et, dans les deux cas, l'ablation du testicule gangréné, amena rapidement la guérison.

Ces abcès s'observent presque exclusivement chez les gonorrhéiques, et s'il ne sont pas plus fréquents c'est que la cause occasionnelle de leur formation serait, d'après Karewski, le traumatisme, qui diminuerait encore davantage la vitalité et la résistance du testicule malade. Or, le traumatisme des testicules est en somme rare, et c'est pour cela que la plupart des blennorrhagiques n'ont pas à compter avec cette complication.

***

La chirurgie abdominale fleurit toujours en Allemagne. Nous avons récemment analysé dans notre journal la communication de **Langenbuch** à la *Réunion libre des chirurgiens de Berlin* (séance du 10 décembre) sur deux cas de **résection totale de l'estomac avec traitement extra-péritonéal de la ligne de sutures.**

Nous avons encore à signaler à la même séance une discussion sur les **plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver. Sonnenburg** a rapporté le cas classique, de ce genre : Un homme se tire un coup de revolver dans le ventre; il n'a pas de phénomènes péritonéaux; on fend pourtant la paroi abdominale et l'on trouve trois perforations que l'on suture, et le malade guérit. C'est donc bien entendu, on intervient et on interviendra toujours dans ces cas et nous aurions passé sous silence la discussion si, pour être agréable aux abstentionnistes, nous ne tenions à rapporter les cas de guérison spontanée, cités au cours de la discussion. Ainsi **Koehler** a observé un malade qui s'était tiré un coup de revolver avec balle de 7 millimètres dans la partie inférieure du thorax, sous les fausses côtes. En l'absence de phénomènes péritonitiques, traitement par le repos et l'opium. Au cinquième jour, le malade rendit la balle avec les selles. Et Koehler suppose que dans les petites perforations de l'intestin avec muqueuse faisant hernie à travers la plaie, le contenu intestinal ne s'écoule pas dans la cavité abdominale. **Israël** aussi a eu l'occasion d'observer un malade qui s'est tiré un coup de revolver sous les fausses côtes gauches. Immédiatement après, vomissements de sang et signes d'un hémothorax à gauche. Comme le malade s'était tiré en même temps un coup dans la tête et présentait les signes d'une section complète des deux optiques, on n'intervint pas. Le malade guérit. La balle avait évidemment perforé l'estomac et le diaphragme. De même dans l'observation de **Lindner**, instructive encore comme erreur de diagnostic. Un individu se tire un coup de revolver dans le creux épigastrique. D'après les personnes qui ont amené le malade à l'hôpital, le blessé aurait eu en route un vomissement de sang. L'examen montre pourtant que la balle avait frappé non pas l'estomac, mais la pointe du cœur. Le malade guérit. Plus tard, il raconta qu'avant l'accident il avait bu plusieurs bouteilles de vin rouge; ce qu'on avait pris pour du sang n'était donc que du vin. **Korte** enfin a eu l'occasion d'observer un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le ventre, à gauche de l'ombilic. Il eut un vomissement de sang et tomba dans le collapsus si complet que Kœrte admit que le malade s'était empoisonné en même temps. On n'intervint donc pas. Le malade resta 6 jours dans un état comateux sans être alimenté, et finit par guérir.

Bien entendu, tous ces succès sont noyés dans les désastres causés par l'abstention. Point besoin d'insister là-dessus.

Parmi les autres communications faites à la même Société, nous retenons celle de **Korte** sur les **tumeurs de la région iléo-cæcale.** Depuis deux ou trois ans on commence un peu à y voir clair, et la communication de Korte est un résumé de la question dont voici tout d'abord la mise au point.

Avec tout le monde, Korte admet que, dans les néoplasmes de la région iléo-cæcale, il s'agit presque toujours de carcinome ou de tuberculose. Le début est très insidieux et le seul symptôme qu'on rencontre à cette époque est une constipation opiniâtre, à caractères particuliers, et avec des phénomènes dépendant de la coprostase et qui sont d'un côté ceux de l'occlusion intestinale avec débâcles périodiques, de l'autre, ceux de l'ulcération de la muqueuse, les ulcérations devenant le point de départ d'infections des parties voisines. C'est là l'origine des suppurations péri-cæcales que l'on prend souvent pour des abcès de perityphlite. Pourtant, quand on les ouvre, on trouve que la collection est relativement peu volumineuse et entourée de parois très dures. Plus tard, quand on n'intervient pas, les malades se plaignent de fatigue, d'incapacité de travail, etc. Le diagnostic est donc difficile et s'appuie principalement sur la présence d'une tumeur que, du reste, on confond souvent avec la perityphlite. L'étude des antécédents permet pourtant d'éviter cette confusion. Le diagnostic entre la tuberculose et le carcinome est souvent impossible. On sait toutefois que la tuberculose est plus fréquente chez les individus jeunes, bien que le cancer puisse se rencontrer chez des individus touchant à la trentaine. Ce qui est également particulier à la tuberculose, c'est le développement de tumeurs irrégulières dans le mésentère et le côlon. Mais souvent le diagnostic ne peut être fait qu'après examen microscopique de la pièce. L'examen de l'urine permettra d'éviter la confusion de ces tumeurs avec celles du rein.

Le traitement comprend la résection de la tumeur avec entérorrhaphie primitive, quand c'est possible. La contre-indication de cette intervention est l'existence de phénomènes d'obstruction intestinale aiguë au moment de l'intervention : dans ces cas, on se contentera d'établir un anus contre nature, quitte à intervenir plus tard par une opération plus radicale. La résection peut encore être impossible quand la tumeur est trop volumineuse et présente des adhérences très étendues. Chez les tuberculeux, enfin, l'intervention est contre-indiquée en cas de lésions tuberculeuses concomitantes très avancées d'autres organes. L'opération terminée, il est préférable de drainer la plaie.

Personnellement Korte est intervenu 7 fois, avec les résultats suivants : sur les 3 tuberculeux opérés, 1 seul a succombé huit mois après l'opération, à la tuberculose généralisée. Sur les 3 carcinomateux, 2 ont succombé longtemps après l'opération, à la généralisation de la tumeur. Un est guéri depuis trois ans. Enfin, dans un cas d'actinomycose du cæcum, la mort est survenue huit mois après l'opération. **Israël** est intervenu dans la discussion pour citer un cas de cancer du cæcum où l'entérorrhaphie a été faite après la résection de 63 centimètres d'intestin. Pour lui, ce qui caractérise les cancers de cette région, c'est la lenteur de leur développement. Ainsi, il se rappelle avoir observé un cas où la mort ne survint que sept ans après le début des accidents. A l'autopsie, on trouva un cancer à cellules cylindriques du cæcum.

La *Société médicale de Hambourg* a consacré deux séances (27 novembre et 11 décembre 1894), à une discussion sur les avantages et les inconvénients de la **voie sacrée dans l'extirpation des tumeurs de l'utérus.** La question a-t-elle été résolue dans un sens ou dans un autre ? Non, et cela n'est pas pour nous surprendre, puisque, dans cette question — question de technique en dernier lieu — il faut compter, et largement, avec les goûts personnels du chirurgien.

Schede, Wiesinger ont été éloquents pour montrer que la voie sacrée était la seule qui permettait d'opérer les cas avancés, d'éviter l'infection cancéreuse de la plaie, d'avoir des statistiques brillantes, comme les leurs, etc. **Schede** par exemple ne se sert depuis cinq ans que de la voie sacrée, et tout en intervenant souvent dans les cas avancés, il a encore 10 pour 100 des guérisons. De même Wiesinger. Avec non moins de chaleur et avec des arguments anatomiques, cliniques et arithmétiques non moins probants, **Prochownik, Lauenstein** ont prouvé que la voie vaginale dans certains cas et la voie abdominale dans d'autres devaient presque toujours être préférées à la voie sacrée, que ce soit par le procédé primitif de Kraske ou par le procédé de Kocher, Heinecke, Rydygier ou Schuchardt. Et alors? Et alors le lecteur n'a qu'à se reporter à la discussion qui eut lieu récemment à la Société de chirurgie sur le traitement des polypes nasopharyngiens. Il verra notamment que tandis que des chirurgiens très compétents préconisaient la voie palatine, d'autres d'une autorité non moins grande, vantaient un autre procédé! Question de goûts personnels, comme nous venons de le dire au début.

***

Avant de quitter cette *Société médicale de Hambourg*, certainement l'une des plus intéressantes de l'Allemagne, je tiens à analyser une communication fort curieuse de **Sænger** sur la **chirurgie du cerveau.** Elle est intéressante comme justification de la trépanation non pas curative, mais simplement destinée à soulager le malade. L'observation qui sert de base d'argumentation à Sænger, se rapporte à un alcoolique de vingt-sept ans, sujet depuis quinze mois à des accès épileptiformes. A l'examen, on trouvait chez lui une névrite optique double avec stase papillaire, une hémianopsie latérale homonyme du côté droit, une ataxie sans aphasie et une parésie du facial droit. L'ensemble de ces symptômes et la présence des accès épileptiformes de plus en plus fréquents firent faire le diagnostic de tumeur du gyrus angulaire gauche, empiétant sur le lobe occipital. Et comme l'état du malade, et surtout celui de l'acuité visuelle, diminuaient de jour en jour, on se décida à faire la trépanation pour aller à la recherche de la tumeur.

Après l'ouverture du crâne par la résection ostéo-plastique de Wagner et l'incision de la dure-mère extrêmement tendue, le cerveau fit hernie au dehors. L'exploration la plus minutieuse, l'inspection, la palpation ne permirent de découvrir aucune trace de néoplasme. Pour diminuer la pression intra-cérébrale, on fit une ponction ventriculaire et on retira une certaine quantité de liquide cérébro-spinal. Le résultat de l'intervention fut d'arrêter les progrès de la névrite optique et de faire disparaître la stase papillaire.

Trois semaines environ après l'opération, le malade fut brusquement pris d'une attaque violente de convulsions avec vomissements, après laquelle il resta une hémiplégie droite. Le lendemain une forte quantité de liquide cérébro-spinal s'écoula par la fistule de la hernie cérébrale, et peu à peu l'hémiplégie disparut presque complètement. Actuellement la névrite optique a presque complètement diparu; l'ataxie persiste; la plaie est complètement cicatrisée.

Pour Sænger, l'intervention est justifiée dans les cas analogues, car seule elle peut arrêter les progrès de l'amaurose. Ainsi, dans un cas où il s'agissait d'un homme de trente-deux ans qui s'est présenté à la clinique ophtalmologique pour des troubles de la vue et des vertiges, à l'examen, on trouva une stase papillaire, sans troubles moteurs, ni sensitifs, et, comme on avait quelques raisons de soupçonner la syphilis, on institua un traitement spécifique. Au lieu de s'améliorer, la situation ne fit qu'empirer. Et lorsque, deux ans plus tard, le malade se présenta à la clinique, on constata une atrophie complète des deux nerfs optiques avec cécité, des douleurs dans la région temporale gauche, l'impossibilité de se tenir debout, et pas de symptômes de lésions en foyer.

Sænger soutient donc que, si ce malade avait été trépané, on aurait, comme dans le cas précédent, arrêté les progrès de la névrite optique et évité l'amaurose. Et il en conclut qu'la trépanation est justifiée dans ces cas, quand, en l'absence des phénomènes de foyer, on ne trouve que les symptômes généraux des tumeurs cérébrales (céphalalgie, vomissements, vertiges, stase papillaire), et qu'en même temps il existe une diminution progressive de l'acuité visuelle.

***

Pour terminer ce bulletin, nous tenons à signaler une observation, une simple observation, mais très intéressante de **sarcome du pubis** rapportée par **Krause** à la même *Société médicale de Hambourg* : Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, entré à l'hôpital pour une tumeur développée depuis quelque temps sur la face postérieure de la branche horizontale du pubis gauche et qui avait complètement détruit l'os et envahi les parties voisines. La tumeur fut enlevée par une incision qui, partant de la région hypogastrique, descendait jusqu'à l'anus. Après l'ablation de la tumeur et des parties osseuses envahies, branche horizontale gauche du pubis, symphyse et parties voisines du pubis droit, il resta dans l'anneau pélvien une perte de substance de 7 cent. 5 de largeur. La plaie guérit sans complication, et, trois semaines après l'opération, le malade pouvait quitter l'hôpital et reprendre son travail.

Un an après, le malade revint pour une hernie qui, à la suite d'un effort, s'était brusquement formée au niveau de la cicatrice et renfermait, outre le paquet intestinal, une partie de la vessie. La hernie était facilement réductible, mais d'une contention fort difficile. On se décida alors à combler la perte de substance par une opération autoplastique. La cicatrice fut donc incisée, et, après la mise à nu et l'avivement des surfaces osseuses, un lambeau ostéo-périostique de dimensions convenables, taillé à la face interne du tibia gauche, fut transplanté dans la perte de substance du bassin et fixé par plusieurs point de suture au catgut. Suites opératoires simples et guérison en trois semaines. Actuellement, dix semaines après l'opération, la hernie n'a pas encore reparu. Le lambeau ostéo-plastique a parfaitement pris, de sorte que la continuité du bassin paraît complètement rétablie.

***

Telles sont les questions assez intéressantes qui ont été soulevées dans les diverses Sociétés médicales de l'Allemagne. Nous n'avons pas parlé de la sérothérapie qui continue à tenir une large place dans les discussions. Mais comme depuis un mois on n'a fait que répéter ce qu'on savait déjà, nous nous en sommes tenus aux deux Revues qne nous avons publiées au début. En Autriche aussi c'est le sérum antidiphtérique qui fait les frais des travaux des Sociétés, en général, assez dépourvus d'intérêt.

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD Iodo-tannique phosphaté — Succédané de l'Huile de Foie de Morue — MALADIES de POITRINE

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

STATION CLIMATERIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)
SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES - TUBERCULOSE
CAPSULES COGNET
TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ — PARIS 43, R SAINTONGE

Société Française de Produits Pharmaceutiques

PRODUITS CHIMIQUES PURS — PRODUITS PHARMACEUTIQUES SCRUPULEUSEMENT PRÉPARÉS

ADRIAN & Cie

9 et 11, rue de la Perle — PARIS — *Usine à COURBEVOIE*

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES PRÉPARÉES DANS LES LABORATOIRES
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN & Cie.

Anémie, Chlorose, Épuisement
AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL
Hémoglobine Soluble
de V. DESCHIENS
PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPAPATEUR DES GLOBULES DU SANG
SIROP — ÉLIXIR — VIN — DRAGÉES

ALIMENTATION des MALADES
et des CONVALESCENTS par les
POUDRE de BIFTECK
ET
Poudre de Viande Adrian
les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

Tuberculose Pulmonaire
PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE
Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrée.
GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON
et Gaiacol-Eucalyptol iodoformé Sérafon
EN CAPSULES : pour l'usage interne.
EN SOLUTIONS : pour injections hypodermiques.

AFFECTIONS
du CŒUR et de la RESPIRATION
VIN CARDIAQUE
DU Dr SAISON
Spartéine, Convallamarine et Iodure de Potassium
DOSES : ADULTES : 2 cuillerées à soupe matin et soir. ENFANTS : 2 cuillerées à café matin et soir.

DYSPEPSIES ATONIQUES
Coliques Hépatiques
ET
Néphrétiques
QUASSINE ADRIAN
EXCITE L'APPÉTIT et DÉVELOPPE les FORCES.
DRAGÉES : dosées à 25 mgr Quassine amorphe.
GRANULES : dosés à 2 mgr Quassine cristallisée.

VÉSICATOIRE LIQUIDE BIDET
Employé dans les Hôpitaux
PROPRETÉ, EFFET CERTAIN
APPLICATION FACILE
Pas d'Accidents cantharidiens

SULFURINE du Dr LANGLEBERT
pour BAIN SULFUREUX SANS ODEUR
Le bain de SULFURINE possède exactement les propriétés thérapeutiques du bain sulfureux ordinaire dit de *barèges*, avec cet avantage que, sans odeur, il peut être pris CHEZ SOI et dans toutes especes de baignoires, sans crainte d'alterer métaux et peintures.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES et GÉNITO-URINAIRES
Le Terpinol Adrian
a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout tres bien toléré.
Se vend en CAPSULES *de 15 centigrammes, à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.*
PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

BROMURE D'ÉTHYLE
ADRIAN
Spécialement préparé pour pratiquer les accouchements sans douleur
SE VEND EN FLACONS DE 30 GRAMMES FERMÉS A LA LAMPE
(Modèle du chloroforme)

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES
Capsules Bruel
D'Ether amyl-valérianique
Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

Dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations,
Le CHLOROFORME ADRIAN
Spécialement préparé pour l'anesthésie
est toujours préféré. Pour en garantir la conservation indéfinie, il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe.

Le CONVALLARIA MAÏALIS
LANGLEBERT
en Sirop et Pilules
offre cet immense avantage sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.